

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**“RESILIENCIA EN PACIENTES CON ASMA,
RINITIS Y ECZEMA”**

POR

DRA. ARGENTINA RODRÍGUEZ CASAS

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
SUBESPECIALISTA EN ALERGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA**

DICIEMBRE 2020

RESILIENCIA EN PACIENTES CON ASMA, RINITIS Y ECCEMA

Aprobación de la Tesis:

Dra. med. Gabriela Galindo Rodríguez
Director de Tesis

Dra. med. Sandra Nora González Díaz
Jefe del Servicio de Alergia e Inmunología Clínica

Dra. Rosa Ivett Guzmán Avilán
Co-Director de Tesis

Dr. Carlos Macouzet Sánchez
Coordinador de Investigación

Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de vivir uno de mis sueños, realizar mi tesis y concluir la subespecialidad en Alergia e Inmunología Clínica, agradecida por brindarme la fortaleza, esperanza y fe para superar todos los retos presentados durante estos dos años.

Dedicada a padres porque sin ellos no hubiera sido posible este logro, gracias a su esfuerzo que hacen por brindarme la mejor herencia, el estudio. Agradecida con mis padres por enseñarme a perseverar, dar lo mejor de mí siempre y mantener la calidad y humildad siempre.

Gracias a mi esposo por su apoyo incondicional en las buenas y malas, por ser mi fortaleza e impulsarme a seguir adelante, por ayudarme a sobrepasar los obstáculos, por su amor, cariño y paciencia durante la residencia. Gracias a mi gran familia que nunca ha dejado de creer en mí.

Agradezco a la Dra. Sandra Nora González Díaz por permitirme ser parte de su equipo y gran familia del Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica. A mi directora de tesis Dra. Gabriela Galindo Rodríguez y co-directora Dra. Rosa Ivett Guzmán Avilán por su orientación y asesoría para concluir nuestro estudio de investigación.

A mis profesores eternamente agradecida por enseñarme, guiarme, corregirme y compartirme su experiencia, por ser parte de mi formación como subespecialista.

A mis compañeros de residencia por su apoyo y compañerismo, en especial a Ligia quien se convirtió en mi amiga y hermana, de quien aprendí tanto.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I. RESUMEN.....	1
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	3
CAPÍTULO III. HIPÓTESIS	23
CAPÍTULO IV OBJETIVOS.	24
CAPÍTULO V. MATERIAL Y MÉTODOS	25
CAPÍTULO VI. RESULTADOS.....	34
CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN	41
CAPÍTULO VII. CONCLUSIÓN.....	47
CAPÍTULO IX. REFERENCIAS	48
CAPÍTULO X. ANEXOS.....	58
CAPÍTULO XI. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	68

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes.....	34
Tabla 2. Comorbilidades alérgicas	35
Figura 1. Prevalencia de las enfermedades alérgicas en la población	36
Figura 2. Principales comorbilidades de los sujetos de estudio	37
Tabla 3. Comparación de puntaje de escala CD-RISC-25 de acuerdo con la comorbilidad alérgica y evolución de la enfermedad.	39
Tabla 4. Puntaje de la escala CD-RISC-25 entre comorbilidad alérgicas y grupo etario.	40

CAPÍTULO I.

RESUMEN

Introducción: Se ha incrementado la prevalencia de enfermedades alérgicas a nivel mundial. Por lo que también se ha observado un aumento exponencial de patologías alérgicas en adultos que residen en el área metropolitana de Monterrey Nuevo León. En los últimos años un término muy popular resiliencia ha cobrado gran interés en las enfermedades crónicas, oncológicas y autoinmunidad. Proceso dinámico de adaptación positiva ante una adversidad. Altas tasas de recuperación están relacionadas con resultados positivos para la salud y disminución de tasas de depresión. Conocer el grado de resiliencia en los pacientes alérgicos que desarrollan es fundamental para mantener y recuperar con éxito su salud.

Objetivo: Determinar el grado de resiliencia de los pacientes alérgicos del Servicio de Alergia e Inmunología Clínica, Monterrey, Nuevo León.

Material y método: Se realizó un estudio prospectivo, analítico y descriptivo, donde se incluyeron todos los pacientes adultos sin importar el género del Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica (CRAIC) del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey entre octubre a diciembre de 2020, que tuvieran diagnóstico de enfermedad alérgica asma, rinitis o eccema de 1 año o más de evolución, o pacientes aparentemente sanos. Se evaluó el grado de resiliencia

de los pacientes con la escala CD-RISC-25 y se comparó con pacientes sanos y entre las diferentes comorbilidades alérgicas.

Resultados: Se incluyeron 164 sujetos de investigación. La media de edad de los sujetos fue 41.7 ± 16.1 años. Del total de los sujetos, 68 (41.5%) presentaron patología alérgica y 96 (58.5%) reportaron no padecer alguna. De las principales patologías alérgicas, la más frecuente fue rinitis alérgica en el 29.3% de la población, seguido de asma en 17.7% y dermatitis atópica en 4.8%. Encontramos que los pacientes con enfermedad alérgica presentan menor puntaje de CD-RISC-25 para la medición de resiliencia, comparado con los pacientes con ausencia de alergia (78 vs. 83.5 puntos, $P = 0.017$). Se observó también menor puntaje en la escala en pacientes con asma y con rinitis alérgica, pero no en pacientes con dermatitis atópica, ni con diferente evolución de la enfermedad, ni menor resiliencia de acuerdo con el tipo de trastorno alérgico.

Conclusiones: Se concluye que, en nuestra población de pacientes con alergia, el grado de resiliencia es menor que en pacientes sanos y que la resiliencia es percibida de forma muy similar a través de la vida, independientemente de la enfermedad alérgica que padecen.

Palabras claves: resiliencia; alergia; rinitis alérgica; asma; dermatitis atópica.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

Enfermedades alérgicas

Las enfermedades alérgicas, o alergias, se produce cuando el sistema inmune de una persona reacciona en forma exagerada en una persona ante la presencia de sustancias extrañas (antígeno) para él y no para otros. Esta reacción puede causar alteraciones en la piel, aparatos respiratorio superior e inferior, aparato gastrointestinal e, incluso, en algunos casos, puede llegar a producir la muerte (shock anafiláctico). [1] En las últimas décadas, la prevalencia mundial de enfermedades alérgicas ha aumentado considerablemente, [2] con las tasas de incidencia más altas en los países desarrollados. [3]

La primera manifestación clínica de la atopia se considera dermatitis atópica y el inicio de la marcha atópica. La marcha atópica se caracteriza generalmente por la progresión de las enfermedades alérgicas desde la dermatitis atópica (DA) al asma alérgica (AA) y a la rinitis alérgica (RA) durante los primeros años de vida. [2] [3]

Plantea la hipótesis de que la enfermedad alérgica comienza, típicamente en los niños. Esta teoría ha sido ampliamente estudiada en estudios transversales a largo plazo y se ha encontrado que a medida que disminuye la prevalencia de DA, aumenta la prevalencia de AA. Se informa una relación similar entre AA y RA. [2]

Si hablamos de asma, rinitis o dermatitis atópica, la hipersensibilidad ambiental está presente, pero además hay factores psicosociales presentes, tales como ansiedad y depresión, lo que incrementaría la sensibilidad emocional. Estudiando la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades crónicas de la piel, en especial alergias, se asoció que los índices de ansiedad y depresión son más altos en pacientes con trastornos crónicos de la piel. [1]

En todas las sociedades, la carga y el costo de las enfermedades respiratorias alérgicas y crónicas están aumentando rápidamente. Se ha verificado un aumento de estudios y publicaciones que tratan sobre la relación existente entre enfermedades alérgicas con ansiedad y depresión. [1] Se plantea un estudio para determinar factores protectores asociados con las enfermedades alérgicas.

Asma

El asma es una causa importante de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, y ocupa un lugar destacado como causa de años de vida ajustados por discapacidad. Se estima que la prevalencia del asma aumentó en aproximadamente un 12% a nivel mundial entre 2005 y 2015, principalmente en países en desarrollo. [5]

Los datos epidemiológicos han demostrado que durante las últimas décadas, la prevalencia del asma ha aumentado tanto a nivel nacional como mundial. El asma afecta aproximadamente a 300 millones de personas o el 4.3% de la población en todo el mundo y aproximadamente al 7,5% de los adultos en los Estados Unidos. Entre los adultos, el asma provoca aproximadamente 10,5 millones de visitas al consultorio médico por año y afecta aproximadamente al 8,7% de la raza negra, el 7,6% raza blanco y el 5,8% de los hispanos. [6] La iniciativa Global para el Asma estima que habrá 100 millones de personas más con asma para el año 2025. Por lo tanto, no es de extrañar que el asma se haya convertido no solo en un problema de salud nacional importante, sino también en un problema de salud mundial. [7]

En términos de edad, 18,7 millones de los 25,7 millones de personas con asma en los Estados Unidos en 2010 eran adultos (3,1 millones tenían 65 años o

más) y 7,0 millones eran niños. En cuanto al género, los estudios han demostrado un predominio masculino en el diagnóstico de asma antes de la pubertad, pero una mayor prevalencia en el sexo femenino en la edad adulta, así como casos más graves de asma en mujeres que en hombres.

Se ha demostrado que la prevalencia del asma es mayor en las clases socioeconómicas más bajas con menos acceso a una atención médica adecuada. Las tasas de asma reflejan las disparidades de salud en los Estados Unidos y afecta de manera desproporcionada a los que viven en familias con un nivel socioeconómico más bajo que experimentan una mayor morbilidad y mortalidad debido al asma. [7] [8] La mayor exposición a factores psicosociales como el estrés, los traumas y los trastornos de salud mental es un factor predominante que contribuye a las alteraciones de salud. En la literatura se han presentado modelos de cómo estos factores psicosociales interactúan, enfatizando las vías potenciales para reducir las diferencias en la salud del asma. En este contexto, Feldman et al. sugieren que hay un espectro de ansiedad dentro del asma, algunos de los cuales es dañino, pero otros pueden ser protectores. [9]

La investigación adicional sobre el concepto de miedo, pánico y su relación con el asma.

Un camino claro hacia la reducción de las disparidades de salud en el asma es la promoción e implementación de programas enfocados en conductas de autocuidado adaptativo que desarrollan conductas y actitudes de resiliencia, aprovechan la percepción de síntomas e influyen en la adherencia y el control del asma en jóvenes en riesgo. [9] Una revisión determinó el rol de la ansiedad y la depresión en pacientes con diagnósticos de asma. En paciente con asma grave se encontró que padecían más distress psicosocial y dificultades en el afrontamiento emocional y de su comportamiento ante su enfermedad que aquellos que presentaban asma moderada. Se concluyó que la ansiedad y los factores psicosociales juegan un rol activo en la génesis del asma. Otro estudio observó una alta morbilidad de ansiedad y depresión independientemente de la severidad del asma. [1]

Se planteo la hipótesis de que el apoyo social y familiar está relacionado positivamente con la alta adherencia a la medicación y el nivel de control del asma. Se concluyó que el apoyo social y familiar está asociado con la adherencia a la medicación entre los pacientes con asma persistente. [8]

El asma es una enfermedad crónica que requiere intervenciones a nivel ambiental, psicológico y emocional. Se han realizado muchas investigaciones

no solo sobre el tratamiento de los síntomas respiratorios, sino también sobre los problemas psicológicos. Muchos estudios informan una alta prevalencia de depresión entre los asmáticos. Experimentan depresión debido a obstáculos físicos en sus actividades diarias y, esta a su vez exacerba sus síntomas asmáticos. [10]

Las medidas estándar del impacto del asma incluyen la mortalidad, las visitas de atención de urgencia, las ausencias al trabajo y los días escolares, pero solo revelan una parte de la verdadera carga del asma en los EE. UU. El asma tiene un impacto significativo en la calidad de vida. [11]

También es importante estudiar las características de los pacientes asmáticos que funcionan bien frente a un mayor riesgo. Este enfoque basado en las fortalezas implica la identificación de factores protectores asociados con el manejo efectivo del asma, a pesar de la presencia de riesgos. La identificación de factores protectores ofrece objetivos modificables para intervenciones adaptadas culturalmente que pueden satisfacer las necesidades de grupos étnicos específicos al incorporar características que las familias ya utilizan y aprovechan para manejar el asma con éxito. En primer lugar, es necesario definir la resiliencia y este enfoque teórico basado en las fortalezas. [12]

La resiliencia se define como “un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva en el contexto de una adversidad significativa”. La adversidad se evalúa normalmente mediante la identificación de factores de riesgo, como la pobreza.

[12]

Rinitis alérgica

La RA se define como una inflamación crónica en la nasofaringe en respuesta a aeroalérgenos. Los informes de incidencia se encuentran entre el 10% y el 30% de niños y adultos en los Estados Unidos y otras naciones desarrolladas; es la enfermedad crónica más común en todo el mundo. [4] [13]

Es una causa importante de morbilidad y comparte una fisiopatología común con el asma, que a menudo coexisten. La presencia de RA es un factor de riesgo de aparición de asma en la edad adulta y su coexistencia suele asociarse con un mal control del asma. La prevalencia de RA en una población también refleja el nivel de sensibilización atópica en esa población y dirige la intervención. [5] Las pautas de tratamiento han mejorado el conocimiento sobre la RA y han tenido un impacto significativo en el manejo de la RA. Sin embargo, muchos pacientes aún no logran un control suficiente de los síntomas y los costos para la sociedad son enormes, en particular debido a un gran impacto en la productividad escolar y laboral y en las morbilidades alérgicas o no alérgicas. [4] El problema clínico es que una gran cantidad de pacientes con RA no consultan a los médicos porque piensan que sus síntomas son "normales" y / o triviales, aunque la RA tiene un impacto negativo en la vida social, la escuela y la productividad laboral. [4] En pacientes con rinitis alérgica estacional se determinó que el estado psicológico es evidentemente peor que en aquellos

pacientes no alérgicos, impactando negativamente en la calidad de vida manifestando síntomas tales como obstrucción y el goteo nasal. [1]

Dermatitis atópica

La DA, o eccema atópico, un trastorno heterogéneo asociado con morfología, distribución y curso de la enfermedad variables como un tipo de erupción eccematosa; es una afección cutánea crónica común en la niñez con una tasa de incidencia creciente. [14] La enfermedad progresa con un curso crónico recurrente antes de desaparecer algún tiempo antes de la pubertad. Sin embargo, puede persistir hasta la edad adulta o presentarse de novo durante ese período.

Bannister y Freeman introdujeron recientemente el término dermatitis atópica de inicio en la edad adulta. Este concepto ha recibido poca atención en la literatura en comparación con la DA en niños, a pesar del considerable impacto de la DA severa en pacientes adultos. [15] [16] Alguna vez se pensó que la DA era principalmente una enfermedad pediátrica que remitía con la edad. Sin embargo, estudios epidemiológicos recientes mostraron que la DA es un trastorno común y resulta molesto en adultos. Se ha observado ampliamente que la DA muestra una preponderancia femenina, particularmente en la adolescencia y la edad adulta. [17]

La incidencia de DA está aumentando de manera constante, especialmente en los países industrializados. La prevalencia de DA ha aumentado en todo el mundo durante los últimos 30 años, hasta el punto de que ahora es una de las enfermedades crónicas más comunes, que afecta aproximadamente a una quinta parte de la población en los países desarrollados. La prevalencia en niños se estima entre el 15% y el 30%, mientras que en los adultos las estimaciones oscilan entre el 0,3% y el 14,3%, y la mayoría de los autores coinciden en que se sitúa entre el 1% y el 3%. [15] Aproximadamente 1 de cada 4 adultos con DA informa de la enfermedad de inicio en la edad adulta. Puede ser que algunos pacientes que informan el inicio de su DA en la edad adulta en realidad tengan recurrencia en la edad adulta, es decir, tuvieron una enfermedad infantil que remitió y no se dieron cuenta. [16] Un estudio de 34,613 adultos (Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud de 2012) encontró que la prevalencia de "eccema o alergia cutánea" en el último año fue del 7.2%. Un estudio poblacional de E.U.A del 2010 encontró la prevalencia de "dermatitis, eccema o cualquier otra erupción cutánea roja e inflamada" en el último año con o sin antecedentes personales de asma y/o rinitis alérgica fue de 3,2% y 10,2%, respectivamente. La prevalencia de DA en adultos osciló entre el 2% y el 17% en estudios internacionales anteriores. A nivel mundial, la prevalencia de DA suele ser más alta en los países de ingresos altos. [17]

Debido a que la DA es una enfermedad crónica, de origen multifactorial, en la que tanto factores inmunológicos, endócrinos y neurológicos interactúan para influir en su desarrollo, dentro de su tratamiento y dado el contexto actual de abordaje de esta enfermedad, la terapia psicológica, junto al uso de sustancias inmunológicas (factor de transferencia) mejora su evolución. Una revisión mostró una robusta relación de factores psicosociales y dermatitis alérgica y como conclusión agrega que el soporte psicoterapéutico debe ser sumado a las intervenciones físicas y farmacológicas, como otro factor más de control en la prevención de la misma. [1] La DA tiene un impacto considerable en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, con importantes implicaciones económicas y sociales. [15] Estudiando la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades crónicas de la piel, en especial alergias, se asoció que los índices de ansiedad y depresión son más altos en pacientes con trastornos crónicos de la piel. [1]

La DA produce cargas físicas como la exigencia de controles estrictos de alérgenos y la aplicación frecuente de un ungüento o humectante en la piel afectada, además de privación del sueño relacionada con picazón intensa y posterior agotamiento y fatiga; lo que puede llevar a un estado emocional y de comportamiento inestable, lo que a su vez puede provocar dificultades y mal funcionamiento familiar. [14] Es común que pueda tener un impacto sustancial en la calidad de vida y afectar de manera negativa, posiblemente a través de influencias en el funcionamiento psicológico, como la resistencia al estrés. [18]

Las exposiciones adversas en la infancia y las enfermedades crónicas se asocian con un deterioro del estrés asociación entre eccema y logro educativo. Si la DA tiene una influencia adversa en la experiencia de la vida diaria, también puede tener implicaciones para la resistencia al estrés. La capacidad reducida para lidiar con el estrés podría, a su vez, afectar la función cognitiva. La baja resiliencia en la adolescencia se asocia con un riesgo elevado de depresión, ansiedad y trastorno bipolar de inicio en la edad adulta, así como con el tratamiento farmacéutico para la ansiedad o depresión en la mediana edad, lo que indica una asociación a largo plazo de la resiliencia al estrés con la salud mental. [18]

Si tener DA influye en la capacidad de recuperación del estrés, esto puede deberse, al menos en parte, a otras enfermedades atópicas, por lo que también ajustamos los diagnósticos de asma y rinitis alérgica. Es de destacar que la asociación del asma con la resiliencia al estrés fue de mayor magnitud que para el DA. Esto contrasta con un estudio de depresión en la mediana edad que utilizó estos datos, donde se encontró una asociación de mayor magnitud de DA con depresión futura y no para el asma. Se encontró que la DA se asoció con una menor capacidad de recuperación al estrés, lo que indica un mayor riesgo de resultados psiquiátricos y somáticos adversos en la edad adulta posterior. [18] La DA se asocia con una carga sustancial para el paciente y una mala

calidad de vida relacionada con la salud, secundaria a sus signos y síntomas heterogéneos y a menudo graves. [17]

Dos revisiones sistemáticas y metanálisis examinaron la relación de DA con depresión, ideación suicida y/o ansiedad. El segundo realizó un metanálisis de 36 estudios y encontró que 1 de cada 5 personas con DA tenían depresión y los pacientes con DA tenían tasas más altas de depresión clínica, uso de antidepresivos y tendencias suicidas en adultos. [17]

Resiliencia

Se ha considerado que el estrés forma parte en la vida de cualquier sujeto, pero agregó que soportar el estrés negativo, o distress, de modo sostenido y duradero, como el estrés enraizado, y que también sea percibido como no deseado, fuera de control e impredecible, puede ejercer gran impacto en la salud. [19] El examen de aspectos del envejecimiento más allá de los modelos patológicos y basados en el déficit está en aumento. Los marcos conceptuales que se centran en el envejecimiento saludable y la resiliencia complementan los marcos que se centran en la identificación y reparación de déficits. [20]

El término resiliencia tuvo origen en la física y hace referencia a la capacidad de un cuerpo de resistir, permanecer fuerte y no deformarse. Posteriormente fue adaptado en ciencias sociales y de la salud como la capacidad de permanecer, crecer y salir con éxito de cualquier adversidad. [21] El concepto de resiliencia sobreviene de al menos tres áreas de investigación: 1) los datos empíricos que demuestran las diferencias individuales observables al estudiar poblaciones de alto riesgo; 2) estudios sobre temperamento; y 3) las diferentes maneras en que las personas pueden enfrentar las situaciones de vida, momentos de transición o experiencias claves. Se considera que la resiliencia favorece la calidad de vida, así como también ha sido considerada un aspecto muy significativo al momento de resistir el estrés. [19] Se describe la existencia de mecanismos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen linealmente, atenuando así sus efectos negativos y, a veces, transformándolas en factor de superación de una situación difícil, por lo tanto, el enfoque de riesgo y resiliencia se complementan y enriquecen. [20]

La resiliencia se ha definido como la capacidad de las personas para mantener o recuperar con éxito su salud frente a adversidades o riesgos importantes. Demostrándose que la autoestima es una de los aspectos importantes para el bienestar personal y para la interacción positiva con el entorno. [21] [22]

La resiliencia es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias adversas (Grotberg, 2003). El origen del término se remonta a los años ochenta, cuando algunos investigadores comenzaron a percatarse de que algunas personas, a pesar de desarrollarse en ambientes muy desfavorables y potencialmente generadores de psicopatologías, no presentaban característica alguna de enfermedad mental, por el contrario se mostraban muy competentes social y personalmente (Osborn, 1990). [23] La capacidad de mostrar patrones positivos de adaptación ante situaciones de riesgo (Masten & Reed, 2002), es un constructo multidimensional (Connor & Davidson, 2003), muy ligado al optimismo (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010) y desarrollado filogenéticamente para la supervivencia (Stein, 2009). [23]

La resiliencia es un proceso dinámico en el que el individuo muestra habilidades de adaptación positivas a pesar de experimentar una adversidad traumática significativa; es una medida de la capacidad para afrontar el estrés. [24] Del mismo modo, la baja resiliencia se ha relacionado con malos resultados psicopatológicos estudiado en pacientes con cáncer. La resiliencia puede mejorar resultados de salud, actualmente tiene un incremento en el interés del concepto aplicado en las diferentes patologías. [25] La resiliencia implica la capacidad del organismo o individuo de responder positivamente a los desafíos ambientales (fisiológica, psicológica o socialmente), con raíces en disciplinas biomédicas y psicológicas. Se ha definido como la capacidad de las personas

para mantener o recuperar con éxito su salud mental ante una adversidad o riesgo significativo. [26] [22] Los desafíos ambientales que se enfrentan en la vida temprana difieren de los de la vida adulta y sabemos poco sobre las continuidades y discontinuidades en la resiliencia a lo largo de la vida y si los factores que promueven la resiliencia también cambian. Por lo tanto, la relevancia de los modelos actuales de resiliencia y la aplicabilidad de las escalas de resiliencia también deben examinarse en las poblaciones de mayor edad. [26] La resiliencia, un rasgo psicológico modificable, se relaciona con la capacidad de uno para adaptarse. La resiliencia, en el contexto de la supervivencia al cáncer, se ha asociado con resultados sanitarios y psicosociales. Entre los supervivientes de enfermedades graves, no se ha estudiado la resiliencia de los supervivientes ni la asociación entre la resiliencia y la función neuropsicológica y física. [27] La resiliencia como un factor protector frente a los problemas mentales y como un proceso dinámico de adaptación a los cambios en las circunstancias de la vida. [28]

En una búsqueda de datos y revisión de artículos de estudios que habían utilizado escalas psicométricas; se encontró una de las 3 psicometrías más utilizadas fue la Escala de Resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC), que tiene una alta confiabilidad y validez en población adulta. [26]

Una revisión metodológica describe 15 escalas de medición de la resiliencia diferentes, de las cuales la CD-RISC un cuestionario de 25 ítems que arroja una puntuación global representativa de las tendencias psicológicamente resilientes;

es una de las escalas más utilizadas con las mejores propiedades psicométricas. [29] Esta prueba fue creada en el año 2003 y consta de dos versiones fundamentales, una de 25 ítems y la otra de 10. En los inicios la prueba se utilizó fundamentalmente en la evaluación de la resiliencia en personas con diagnóstico de estrés post-traumático, aunque posteriormente su uso se extendió llegando en la actualidad a ser una de las escalas de mayor uso internacional a la hora de la evaluación del constructo que nos ocupa. [23].

El CD-RISC-25 se ha utilizado ampliamente en múltiples poblaciones, como lo han sido una tribu nativa americana reconocida a nivel federal, estudiantes de medicina y pacientes con lesiones de la médula espinal, entre otras poblaciones; se ha validado aún más en varios idiomas, etnias, edades y exposiciones a traumas. [25] El CD-RISC 25 tiene múltiples estudios que brindan evidencia de validez para respaldar su uso, con una base teórica en investigación de estrés, afrontamiento y adaptación. [26] [30]

Originalmente estructurado en cinco dimensiones: (1) competencia personal, altos estándares y tenacidad; (2) confianza en los instintos, tolerancia al afecto negativo y los efectos fortalecedores del estrés; (3) aceptación positiva del cambio y relaciones seguras con los demás; (4) control e (5) influencias espirituales. [24] [25] [28] [30]

Los ítems se califican en una escala de 5 puntos (0-4), lo que proporciona un puntaje de escala total de 0 a 100. Los puntajes más altos representan niveles más altos de resiliencia. La escala se probó originalmente con muestras de la población general, atención primaria, pacientes ambulatorios psiquiátricos, pacientes con ansiedad generalizada y pacientes con trastorno por estrés postraumáticos. [25][26] Para examinar la relación entre resiliencia y conciencia interoceptiva (percepción de señales corporales), un estudio dividió a los participantes en tres grupos (baja resiliencia, resiliencia normal y alta resiliencia) utilizando percentiles de CD-RISC 10. [30]

En la actualidad los profesionales de la salud encuentran que las enfermedades crónico terminales son consideradas como fuentes generadoras de estrés que implican un proceso de deterioro continuo. Se plantearon tres categorías que engloban las áreas de los factores de protección (individual, familiar y la comunidad). Se concluye que la orientación psicológica y la resiliencia deben promover un enfoque basado en las fortalezas y recursos del individuo para disminuir los factores de riesgo y eventos estresantes. Es importante resaltar que la resiliencia puede ser fomentada, es decir, es una capacidad universal pero no es absoluta ni estable, por lo que una persona puede ser resiliente en un medio y no en otro. El proceso de desarrollo por sí mismo constituye un modelo de adaptación a través del tiempo. [31]

Definición del problema

Se ha incrementado la prevalencia de enfermedades alérgicas a nivel mundial. Por lo que también se ha observado un aumento exponencial de patologías alérgicas en adultos que residen en el área metropolitana de Monterrey Nuevo León. En los últimos años el término resiliencia ha cobrado gran interés en las enfermedades crónicas, oncológicas y autoinmunidad. Proceso dinámico de adaptación positiva ante una adversidad. Altas tasas de recuperación están relacionadas con resultados positivos para la salud y disminución de tasas de depresión. Conocer el grado de resiliencia en los pacientes alérgicos que desarrollan es fundamental para mantener y recuperar con éxito su salud.

Justificación

La enfermedad alérgica prevalente en nuestro medio impacta en la capacidad para sobrepasar la enfermedad de nuestros pacientes. Uno de los aspectos más importantes para mejorar resultados de salud es describir el grado de resiliencia.

Existen diferentes escalas psicométricas diseñados para medir la resiliencia. El CD-RISC es una de las escalas más comúnmente utilizadas para conocer el grado de resiliencia con una base teórica en investigación de estrés, afrontamiento y adaptación; tiene alta confiabilidad y validez en población adulta consta de preguntas que valoran cinco factores: competencia personal, confianza, aceptación del cambio, control e influencias espirituales. Se anticipa que al identificar grado de resiliencia podríamos mejorar y promover aquellos factores que se saben estén asociados para una mejor capacidad de recuperación de las patologías alérgicas.

CAPÍTULO III.

HIPÓTESIS

Hipótesis alterna: Los pacientes con asma presentan menor resiliencia que pacientes con otras patologías alérgicas.

Hipótesis nula: Los pacientes con asma presentan mayor resiliencia que pacientes con otras patologías alérgicas.

CAPÍTULO IV.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Determinar el grado de resiliencia de los pacientes alérgicos del Servicio de Alergia e Inmunología Clínica, Monterrey, Nuevo León.

Objetivos específicos

1. Identificar el grado de resiliencia de acuerdo con el diagnóstico de los pacientes alérgicos.
2. Evaluar el tiempo de evolución de diagnóstico de la patología alérgica.
3. Identificar prevalencia de género con mayor resiliencia en la población en estudio.
4. Determinar el grupo etario más prevalente con mayor grado de resiliencia.
5. Determinar el grado de resiliencia en la población sin patologías alérgicas ni comorbilidades asociadas.

CAPÍTULO V.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, analítico y descriptivo.

Duración y lugar de estudio

Período de estudio: octubre a diciembre de 2020.

Lugar de referencia y reclutamiento: Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL, Monterrey, México.

Criterios de selección

1. Criterios de inclusión

- a. Pacientes con enfermedades alérgica: asma, rinitis o dermatitis atópica
- b. Más de 1 año de evolución de la enfermedad alérgica
- c. Edades entre 18 y 80 años
- d. Ambos sexos
- e. Haber aceptado participar de manera verbal

2. Criterios de exclusión

- a. Paciente con comorbilidades: Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus y patología oncológica (cáncer).

Metodología

Se realizó un estudio prospectivo, analítico y descriptivo, donde se incluyeron todos los pacientes adultos sin importar el género del Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica (CRAIC) del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey entre octubre a diciembre de 2020, que tuvieran diagnóstico de enfermedad alérgica asma, rinitis o eccema de 1 año o más de evolución. De manera verbal se invitó a participar en el estudio de investigación y se incluyeron todos los adultos que acepten participar a través de la liga electrónica. Se excluyeron pacientes con comorbilidades como Hipertensión Arteriales Sistémica, Diabetes Mellitus y Cáncer.

Después de aceptar participar en el estudio y presionado la casilla “Siguiendo” se tomó como aceptación de participar en el estudio. Se recabaron datos generales de los sujetos a participar: edad, género, ciudad de origen, nacionalidad, lugar de residencia, enfermedad alérgica y tiempo de diagnóstico de la patología alérgica, además de otras patologías asociadas. Se aplicó el cuestionario CD-RISC de escala de resiliencia a los adultos entre edades de 18 a 80 años. La siguiente encuesta consta de 25 elementos que valoran cinco factores: (1) competencia personal, altos estándares y tenacidad; (2) confiar en los propios instintos, tolerancia al afecto negativo y fortalecer los efectos del estrés; (3) aceptación positiva del cambio y relación segura; (4) control y (5) influencias espirituales; cuyo objetivo es conocer el grado de resiliencia. Los

ítems se califican en una escala de 5 puntos (0-4), lo que proporciona un puntaje de escala total de 0 a 100. Los puntajes más altos representan niveles mayor grado de resiliencia.

Se recopilaron los datos en una base de datos digital que será exportada a Excel 2017. Se analizaron los datos para observar los resultados obtenidos de la encuesta y realizar las comparaciones que se describen en el apartado de análisis estadístico.

Secuencia metodológica:

1. Cumplimiento de los criterios de inclusión.
2. Leer las instrucciones del llenado de la encuesta en la página inicial y presionar la casilla “Siguiente”.
3. Se aplicará el cuestionario CD-RISC de resiliencia en adultos entre 18 y 80 años.

Análisis estadístico

- Se usó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, por sus siglas en inglés) Versión 25.0 para el análisis de los datos.
- Las variables continuas fueron presentadas como \pm desviaciones estándar medias o mediana y rango intercuartil, de acuerdo con la evaluación de la normalidad de los datos con la prueba de Kolmogórov-Smirnov.
- Las variables categóricas fueron presentadas como frecuencia o porcentajes.
- Se utilizó la prueba de Mann Whitney para comparar rangos entre dos grupos.
- La prueba Kruskal-Wallis se usó para comparar rangos de tres o más grupos en variables numéricas.
- Se consideró un valor de $P < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Tamaño de la muestra

ESTIMACIÓN DE UNA PROPORCIÓN EN UNA POBLACIÓN INFINITA					
$N = \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2}$					
		al cuadrado			
valor Z	1.96	3.8416			
valor p	0.30			n=	80.6736
valor q	0.70				
valor δ	0.10	0.01			

Se realizó un cálculo de tamaño de muestra por medio de una fórmula de estimación de una proporción en una población infinita, considerando una prevalencia del 30% de enfermedades alérgicas a nivel mundial, una precisión del 10%, un nivel de significancia del 0.05 a dos colas y un poder del 97.5%, **se requirieron al menos 81 pacientes en el estudio.**

Poder (1- β) %	Valor Z	Nivel de significación (α)	
		Una cola	Dos colas
99.0	2.33	0.01	0.02
97.5	1.96	0.025	0.05
95.0	1.64	0.05	0.1
90.0	1.28	0.1	0.2
85.0	1.04	0.15	0.3
80.0	0.84	0.2	0.4
75.0	0.67	0.25	0.5
70.0	0.52	0.3	0.6
60.0	0.25	0.4	0.8

Variables de la fórmula:

N = Total de la población.

p = Proporción esperada de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q = $1-p$ (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio)

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

$Z\alpha$ = distancia de la media del valor de significación propuesto.

Aspectos éticos y mecanismos de confidencialidad

La confidencialidad se mantuvo: asignando un número de forma cronológica conforme se fue reclutando los sujetos de investigación. Este número sustituyó el nombre y los apellidos del sujeto de la investigación, pero se mantuvieron las iniciales del nombre y la fecha de nacimiento. La identidad del número será conocida sólo por las personas involucradas en la investigación. La información recolectada sobre el sujeto de investigación no fue compartida con terceros fuera de la investigación. Sólo las personas involucradas tuvieron acceso a las bases de datos tanto física como digital. Sólo se dio información propia al sujeto de la investigación o a los monitores del comité de ética local e institucional. Dicha confidencialidad fue levantada solo por una orden judicial de las autoridades competentes de la República.

Los datos del sujeto en investigación fueron resguardados por medio de las iniciales del paciente y un folio individual asignado a cada uno de ellos. El sujeto de investigación fue libre de rechazar o retirar su consentimiento informado sin penalización alguna por parte del equipo de investigación.

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la Declaración de Helsinki de 1975 y enmendada en 1989, y códigos y

normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

Proceso de obtención del consentimiento informado

Se exentó el uso del consentimiento informado escrito y se utilizó únicamente un consentimiento informado verbal para motivos del estudio. Durante este, se le invitó a participar en el estudio de investigación, que consistió en el llenado de una encuesta para valorar el grado de resiliencia en pacientes con enfermedades alérgicas y obtención de datos sociodemográficos, que pueden ser reportados directamente o de su expediente clínico.

Además, se le explicó los derechos, los mecanismos de confidencialidad y privacidad de los datos que se obtengan, y de su rol como sujeto de investigación.

Se explicó al sujeto de investigación que la encuesta se aplicará después de haber otorgado su consentimiento. Se asumió que el sujeto otorgó su consentimiento verbal al dar “siguiente” en la opción de este formato. El estudio inició a partir de este momento, únicamente. En caso de que el sujeto decidiera finalizar el estudio de forma premeditada o desee salir del estudio después de haber finalizado, se procedió a eliminar dicha información del estudio, sin penalización al sujeto.

CAPÍTULO VI.

RESULTADOS

Se incluyeron 164 sujetos de investigación que cumplieron los criterios de selección de nuestro estudio. La media de edad de los sujetos fue 41.7 ± 16.1 años, 117 (71.3%) fueron mujeres y 47 (28.7%) hombres; la mayoría eran mexicanos en 95.7%, seguido de cubanos en 3.6% y estadounidenses en 0.6% (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes.

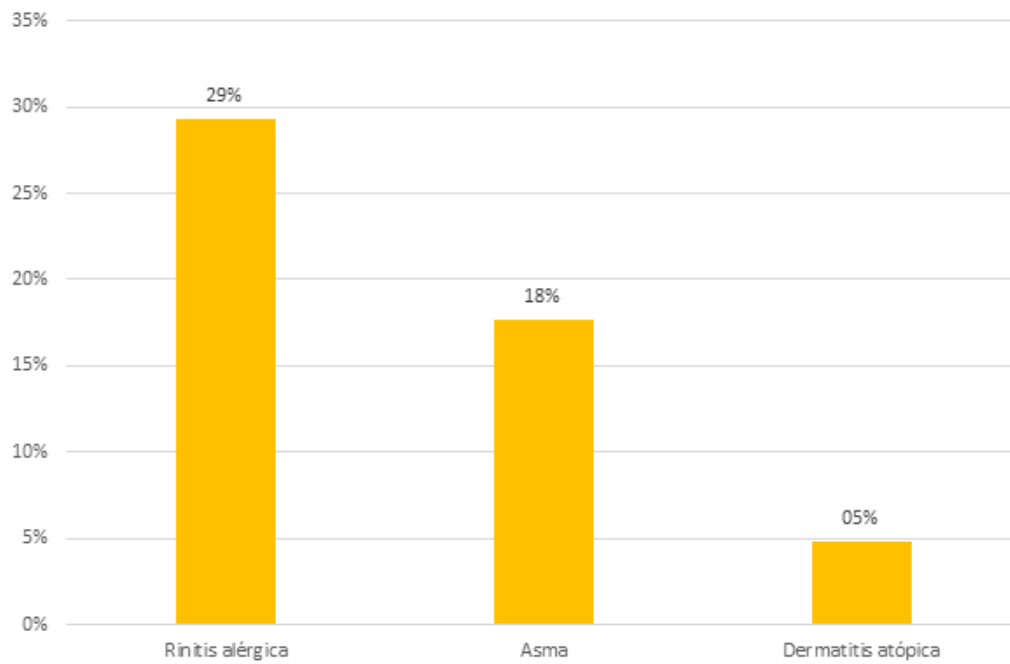
Variable	
Género	
Femenino	117 (71.3%)
Masculino	47 (28.7%)
Edad (años)	41.7 ± 16.1
Nacionalidad	
Mexicana	157 (95.7%)
Estadounidense	1 (0.6%)
Cubano	6 (3.6%)

Del total de los sujetos, 68 (41.5%) presentaron patología alérgica y 96 (58.5%) reportaron no padecer alguna (tabla 2). De las principales patologías alérgicas, la más frecuente fue rinitis alérgica en el 29.3% de la población, seguido de asma en 17.7% y dermatitis atópica en 4.8% (figura 1). De los pacientes que padecían alguna enfermedad alérgica, 5 (7.4%) tuvieron un año de evolución, el 15 (22%) tuvieron 2-4 años y 43 (63.2%) tuvieron 5 o más años de evolución con su enfermedad.

Tabla 2. Comorbilidades alérgicas

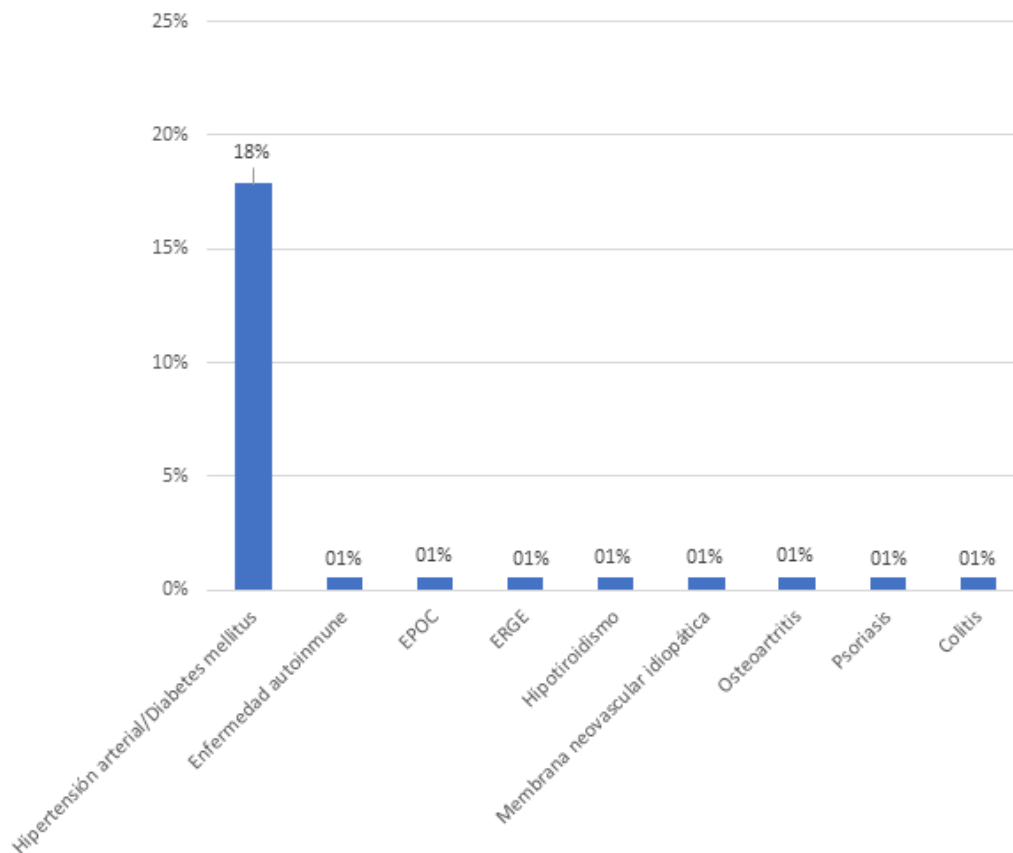
Variable	
Enfermedad alérgica diagnosticada	68 (41.5%)
Asma	29 (17.7%)
Rinitis alérgica	48 (29.3%)
Dermatitis atópica	8 (4.8%)
Ninguna	96 (58.5%)
Tiempo de evolución	-
1 año	5 (7.4%)
2-4 años	15 (22%)
5 o más años	43 (63.2%)
No reportado	7 (10.3%)

Figura 1. Prevalencia de las enfermedades alérgicas en la población



La principal comorbilidad en los sujetos de estudio fue hipertensión arterial sistémica o diabetes mellitus tipo 2 en 17.9%. El resto de las comorbilidades, como enfermedad autoinmune, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), hipotiroidismo, membrana neovascular idiopática, osteoartritis, psoriasis y colitis se presentaron en el 0.6% (figura 2).

Figura 2. Principales comorbilidades de los sujetos de estudio



El puntaje global en la escala CD-RISC-25 fue 81 (81.2-90) puntos.

Encontramos que los pacientes con enfermedad alérgica presentan menor puntaje de CD-RISC-25 para la medición de resiliencia, comparado con los pacientes con ausencia de alergia (78 vs. 83.5 puntos, $P = 0.017$).

Se observó también menor puntaje en la escala en pacientes con asma (76 vs 83 puntos, $P = 0.042$) y con rinitis alérgica (76 vs 83 puntos, $P = 0.038$). Sin embargo, en pacientes con dermatitis atópica, no encontramos diferencia en los puntajes (80.5 vs 83 puntos, $P = 0.593$).

Además, en personas que padecían enfermedad alérgica, encontramos que la evolución mayor a 5 años de la enfermedad no presentó diferencia en puntajes que los pacientes que presentaron una evolución menor (79 vs 79 puntos, $P = 0.888$) (tabla 3).

Tabla 3. Comparación de puntaje de escala CD-RISC-25 de acuerdo con la comorbilidad alérgica y evolución de la enfermedad.

Variable	Presente	Ausente	<i>P</i>
Enfermedad alérgica	78 (69-87.7)	83.5 (73.5-91.7)	0.017
Asma	76 (70-87)	83 (72-91)	0.042
Rinitis alérgica	76 (70-87.5)	83 (72-91)	0.038
Dermatitis atópica	80.5 (67.65-85.2)	81.5 (71.2-90.7)	0.593
Evolución ≥5 años (en pacientes con alergia)	79 (69-88)	79 (72.2-87)	0.888

Por último, no encontramos una diferencia en el puntaje de resiliencia reportado en pacientes con asma, rinitis alérgica o dos o más enfermedad alérgicas (asma, rinitis alérgica y/o dermatitis atópica) ($P = 0.774$) ni en el puntaje entre pacientes adultos jóvenes entre 18-30 años, adultos entre 31-64 años y adultos mayores (de 65 o más años) ($P = 0.106$). Tampoco encontramos diferencias en el puntaje de acuerdo con el género de los pacientes ($P = 0.135$) (tabla 4).

Tabla 4. Puntaje de la escala CD-RISC-25 entre comorbilidad alérgicas y grupo etario.

Comorbilidad	Asma	Rinitis alérgica	Dos o más alergias	<i>P</i>
Puntaje	76 (71-88.5)	81 (69-88)	77 (65-86)	0.774
Grupo etario en pacientes con alergia	18-30 años	31-64 años	65 o más años	
Puntaje	78 (72.5-88.5)	78 (78-87.5)	71 (67.2-71)	0.926
Género	Femenino	Masculino		
Puntaje	81 (70.5-90)	86 (77-91)		0.135

CAPÍTULO VII.

DISCUSIÓN

La resiliencia es una dimensión que aborda la capacidad del hombre de responder de manera positiva a situaciones adversas a las que se enfrentan, aún aquellas con potencial de afectar su desarrollo o salud [34,35].

Ha existido un creciente interés en el potencial que tiene la resiliencia en la salud [36,37] y se ha asociado como un componente importante en la salud y bienestar durante toda la vida [38].

Se han realizado estudios previos que encuentran un impacto de la resiliencia en enfermedades de evolución crónica, como el lupus eritematoso sistémico, la diabetes mellitus, la artritis reumatoide, la artritis idiopática juvenil y la enfermedad de Chagas [39-43].

Los síntomas que pueden presentar los pacientes en enfermedades crónicas poder relacionarse con el proceso psicológico de afrontamiento de la enfermedad, donde se considera el estrés de los pacientes y la resiliencia que tienen, y puede tener también un impacto sobre el funcionamiento del sistema inmune, de tal manera que aumentan la vulnerabilidad del individuo [44-46].

En el caso de las enfermedades alérgicas, las cuales tienen un predominante componente inmunológico en su fisiopatológica, la resiliencia podría tener un impacto en el afrontamiento de los estresores a los que se enfrentan los pacientes, relacionado con la calidad de vida que perciben y conllevan, sin embargo, a nuestro conocimiento, existen pocos estudios que evalúen el impacto de las alergias sobre los mecanismos de afrontamiento y la resiliencia del paciente alérgico.

Por este motivo, el objetivo de nuestro estudio fue determinar el grado de resiliencia de los pacientes alérgicos en las enfermedades alérgicas más prevalentes (rinitis alérgica, asma y eccema o dermatitis atópica) en nuestro Servicio de Alergia e Inmunología Clínica, Monterrey, Nuevo León y su comparación con pacientes sin alergias aparentes, del centro de referencia alérgica más importante en el noreste de México y considerado primer Centro de Excelencia en Latinoamérica por la World Allergy Organization.

Incluimos un total de 164 sujetos de investigación, con un promedio de edad de 41.7 años. La principal comorbilidad de los pacientes fue hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo 2 en 17.9%. Del total de los pacientes, el 41.5% reportó padecer una enfermedad alérgica, y la más frecuente de estas fue la rinitis alérgica, seguido de asma y dermatitis atópica.

De acuerdo con el instrumento CD-RISC-25, encontramos una mediana de puntaje global de resiliencia de 81 puntos. Evaluamos el puntaje de acuerdo

con la presencia o ausencia de enfermedad alérgica, asma, rinitis alérgica y dermatitis atópica.

Nosotros encontramos en nuestro trabajo que los pacientes con enfermedad alérgica presentaban menores puntajes de resiliencia comparado con los pacientes aparentemente sanos, de 78 contra 83.5 puntos ($P = 0.017$). También encontramos que los pacientes con asma presentan menores puntajes de resiliencia comparado con pacientes que no presentan asma, de 76 contra 83 puntos ($P = 0.042$), y que los pacientes con rinitis alérgica también presentan menores puntajes de resiliencia, comparado con pacientes sin rinitis alérgica, de 76 puntos contra 83 en pacientes sanos ($P = 0.038$).

Sin embargo, no encontramos diferencia en el puntaje de resiliencia en pacientes con dermatitis atópica ($P = 0.593$). Esto podría ser debido a que, como es la enfermedad alérgica que se presentó con menor frecuencia en la población, sería complicado evaluar el verdadero impacto de la resiliencia en estos pacientes, aunque deja abierta una ventana de estudio específicamente en esta población, por las molestias que puede generar la alergia sobre su calidad de vida y el tipo de manejo que presentan estos pacientes para el control de su enfermedad.

Por otro lado, observamos que, entre pacientes con alergia, se presentan puntajes muy similares de resiliencia, haciendo pensar que, junto con los hallazgos anteriores, la resiliencia podría ser muy similar entre ellos, y menor

que el resto de la población, y que el hecho de padecer una enfermedad alérgica, los pacientes tienen menor resiliencia para el afrontamiento de los factores estresores en su vida. Además, por grupo de edad, no encontramos que hubiese una diferencia en el puntaje de resiliencia que tienen, por lo que se concluye que, en nuestra población de pacientes con alergia, la resiliencia es percibida de forma muy similar a través de la vida, independientemente de la enfermedad alérgica que padecen. Ya es bien conocido que la enfermedad alérgica tiene un impacto muy importante en la calidad de vida de los pacientes con alergia, aunque la mayoría de los estudios se enfocan principalmente a las enfermedades alérgicas respiratorias [47], probablemente por la prevalencia de estas enfermedades.

Se ha observado, según Braido et al., que la perspectiva de los pacientes hacia la rinitis alérgica es independiente de la persistencia y severidad de los síntomas de acuerdo con los criterios de la ARIA, lo cual también puede explicar el por qué muchos pacientes con rinitis alérgica son subdiagnosticados y subtratados, aún en fases severas de la enfermedad [48].

Por otro lado, Almehizia et al. encontraron en un estudio en Arabia Saudita que los pacientes con rinitis alérgica en su región tienden a buscar la humidificación y baños, y bebidas calientes herbales como maneras de afrontar la enfermedad y paliar los síntomas, y que hay que tener cuidado principalmente en grupos de pacientes con mayor edad y sobrepeso por la presencia de síntomas más persistentes de la rinitis alérgica [49].

La relevancia en la identificación de la resiliencia y afrontamiento de la enfermedad en pacientes con alergia es debido a que se ha reconocido al estrés crónico en población mayor susceptible de manifestar enfermedad alérgica, exacerbar los síntomas y complicar la evolución de la enfermedad en pacientes con condiciones alérgicas preexistente [50]. Además, en general, la gran mayoría de los pacientes con alergia tienen habilidades bajas o muy bajas para afrontar la experiencia estresante [51]. Incluso, se ha observado que, tanto en niños con alergias, como sus padres, puede haber una manera similar en la manera en que afrontan el estrés [52].

Por último, Ponarovsky et al. han observado que las tasas de depresión y ansiedad son altas en pacientes con alergia, principalmente en trastornos alérgicos cutáneos crónicos [53], abriendo un área de oportunidad de nuestro estudio, para evaluar el grado de resiliencia de los pacientes con dermatitis atópica, el impacto que tiene sobre su enfermedad, y la manera en que afrontan sus síntomas y estresores.

Algunas de las limitantes de nuestro trabajo fue que el estudio se realizó sobre una encuesta en línea, y que a pesar del intento y trabajo que se hizo por controlar los sesgos, pueden seguir presentes y tener un impacto sobre el estudio. Además, debido a que el estudio se realizó sobre una época de pandemia, es difícil poder esclarecer si esta tuvo algún efecto sobre los hallazgos de nuestro estudio. Además, reconocemos la baja proporción de

pacientes con dermatitis atópica en nuestro trabajo, lo cual podría dificultar extrapolar los datos en esta población de pacientes, y de evaluar el verdadero impacto de su enfermedad sobre la manera en que la afrontan.

CAPÍTULO VII.

CONCLUSIÓN

Las principales comorbilidades alérgicas en nuestro estudio, por orden de frecuencia son, rinitis alérgica, asma y dermatitis atópica.

Encontramos que los pacientes con enfermedad alérgica presentan menores puntajes de resiliencia comparado con los pacientes aparentemente sanos, y que la resiliencia es menor en pacientes que presentan asma y rinitis alérgica, comparado con el resto de la población en general.

Además, entre pacientes con alergia, se presentan puntajes muy similares de resiliencia.

Se concluye que, en nuestra población de pacientes con alergia, el grado de resiliencia es menor que en pacientes sanos y que la resiliencia es percibida de forma muy similar a través de la vida, independientemente de la enfermedad alérgica que padecen.

CAPÍTULO IX.

REFERENCIAS

1. N. Noriega, “Asociación entre ansiedad y depresión en la enfermedad alérgica,” *Vertex*, no. July 2013, pp. 253–258, 2013.
2. M. Aw, J. Penn, G. M. Gauvreau, H. Lima, and R. Sehmi, “Atopic March: Collegium Internationale Allergologicum Update 2020,” *Int. Arch. Allergy Immunol.*, vol. 181, no. 1, pp. 1–10, 2020, doi: 10.1159/000502958.
3. J. M. Spergel, “From atopic dermatitis to asthma: The atopic march,” *Ann. Allergy, Asthma Immunol.*, vol. 105, no. 2, pp. 99–106, 2010, doi: 10.1016/j.anai.2009.10.002.
4. J. J. Bousquet et al., “Next-generation ARIA care pathways for rhinitis and asthma: A model for multimorbid chronic diseases,” *Clin. Transl. Allergy*, vol. 9, no. 1, pp. 1–15, 2019, doi: 10.1186/s13601-019-0279-2.
5. O. B. Ozoh et al., “The prevalence of asthma and allergic rhinitis in Nigeria: A nationwide survey among children, adolescents and adults,” *PLoS One*, vol. 14, no. 9, 2019, doi: 10.1371/journal.pone.0222281.

6. A. Nanda and A. N. Wasan, "Asthma in Adults," *Med. Clin. North Am.*, vol. 104, no. 1, pp. 95–108, 2020, doi: 10.1016/j.mcna.2019.08.013.
7. P. A. Loftus and S. K. Wise, "Epidemiology of asthma," *Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, vol. 24, no. 3, pp. 245–249, 2016, doi: 10.1097/MOO.0000000000000262.
8. E. Sloand et al., "Influence of social support on asthma self-management in adolescents," *J. Asthma*, vol. 0, no. 0, p. 000, 2019, doi: 10.1080/02770903.2019.1698601.
9. A. A. Pappalardo et al., "The Anxiety-Asthma Relationship: Risk or Resilience?," *J. Asthma*, vol. 13, no. 2, pp. 103–125, 2019, doi: 10.1007/s12028-019-00822-4.
10. D. H. Kim and I. Y. Yoo, "Factors associated with depression and resilience in asthmatic children," *J. Asthma*, vol. 44, no. 6, pp. 423–427, 2007, doi: 10.1080/02770900701421823.
11. E. J. O'Connell, "The burden of atopy and asthma in children," *Allergy Eur. J. Allergy Clin. Immunol. Suppl.*, vol. 59, no. 78, pp. 7–11, 2004, doi: 10.1111/j.1398-9995.2004.00563.x.

12. D. Koinis-Mitchell et al., "Identifying individual, cultural and asthma-related risk and protective factors associated with resilient asthma outcomes in urban children and families," *J. Pediatr. Psychol.*, vol. 37, no. 4, pp. 424–437, 2012, doi: 10.1093/jpepsy/jss002.
13. C. F. Schuler IV and J. M. Montejo, "Allergic Rhinitis in Children and Adolescents," *Pediatr. Clin. North Am.*, vol. 66, no. 5, pp. 981–993, 2019, doi: 10.1016/j.pcl.2019.06.004.
14. Y. J. Im and D. H. Kim, "Factors associated with the resilience of school-aged children with atopic dermatitis," *J. Clin. Nurs.*, vol. 21, no. 1–2, pp. 80–88, 2012, doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03750.x.
15. J. F. Silvestre Salvador, D. Romero-Pérez, and B. Encabo-Durán, "Atopic dermatitis in adults: A diagnostic challenge," *J. Investig. Allergol. Clin. Immunol.*, vol. 27, no. 2, pp. 78–88, 2017, doi: 10.18176/jiaci.0138.
16. J. I. Silverberg, "Adult-Onset Atopic Dermatitis," *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.*, vol. 7, no. 1, pp. 28–33, 2019, doi: 10.1016/j.jaip.2018.09.029.
17. J. I. Silverberg, "Atopic Dermatitis in Adults," *Med. Clin. North Am.*, vol. 104, no. 1, pp. 157–176, 2020, doi: 10.1016/j.mcna.2019.08.009.

18. J. Smirnova, L. B. von Kobyletzki, M. Lindberg, Svensson, S. M. Langan, and S. Montgomery, "Atopic dermatitis, educational attainment and psychological functioning: a national cohort study," *Br. J. Dermatol.*, vol. 180, no. 3, pp. 559–564, 2019, doi: 10.1111/bjd.17330.
19. A. Losada and M. I. Latour, "Resilience. Conceptualization and Research in Argentina," *PSIENCIA Rev. Latinoam. Cienc. Psicológica*, vol. 4, no. 2, pp. 76–83, 2012, doi: 10.5872/psiencia/4.2.31.
20. X. S. Sanjuan-Meza, E. A. Landeros-Olvera, and P. E. Cossío-Torres, "Validity of a resilience scale (RESI-M) in indigenous women in Mexico," *Cad. Saude Publica*, vol. 34, no. 10, 2018, doi: 10.1590/0102-311x00179717.
21. S. Pintado and M. F. Cruz, "Factores de resiliencia en niños y adolescentes con cáncer y su relación con el género y la edad," *Cienc. ergo sum*, vol. 24, no. 2, pp. 137–144, 2017, doi: 10.30878/ces.v24n2a5.
22. D. E. Stewart and T. Yuen, "A Systematic Review of Resilience in the Physically Ill," *Psychosomatics*, vol. 52, no. 3, pp. 199–209, 2011, doi: 10.1016/j.psych.2011.01.036.
23. Y. Broche-p, M. Abreu, L. Villas, B. C. Rodr, M. Abreu, and L. Villas, "Boris C . Rodríguez Martín y Osana Molerio Pérez," *Feijoo*, no. February, 2012.

24. G. Manzano-García and J. C. Ayala Calvo, "Propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en una muestra de emprendedores españoles," *Psicothema*, vol. 25, no. 2, pp. 245–251, 2013, doi: 10.7334/psicothema2012.183.
25. W. S. Tan, L. Beatty, E. Kemp, and B. Koczwara, "What contributes to resilience in cancer patients? A principal component analysis of the Connor–Davidson Resilience Scale," *Asia. Pac. J. Clin. Oncol.*, vol. 15, no. 5, pp. e115–e119, 2019, doi: 10.1111/ajco.13128.
26. T. D. Cosco, A. Kaushal, M. Richards, D. Kuh, and M. Stafford, "Resilience measurement in later life: A systematic review and psychometric analysis," *Health Qual. Life Outcomes*, vol. 14, no. 1, pp. 1–6, 2016, doi: 10.1186/s12955-016-0418-6.
27. J. H. Maley et al., "Page 1 of 34," pp. 1–34, 2016.
28. B. Notario-Pacheco, M. Solera-Martínez, M. D. Serrano-Parra, R. Bartolomé-Gutiérrez, J. García-Campayo, and V. Martínez-Vizcaíno, "Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults," *Health Qual. Life Outcomes*, vol. 9, pp. 2–7, 2011, doi: 10.1186/1477-7525-9-63.

29. H. Kuiper, C. C. M. van Leeuwen, J. M. Stolwijk-Swüste, and M. W. M. Post, "Measuring resilience with the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): which version to choose?," *Spinal Cord*, vol. 57, no. 5, pp. 360–366, 2019, doi: 10.1038/s41393-019-0240-1.
30. N. Papini, M. Kang, S. Ryu, E. Griesse, T. Wingert, and S. Herrmann, "Rasch calibration of the 25-item Connor-Davidson Resilience Scale," *J. Health Psychol.*, 2020, doi: 10.1177/1359105320904769.
31. I. C. Acosta, Y. I. Sánchez, and U. I. México, "Manifestación de la Resiliencia como Factor de Protección en Enfermos Crónico Terminales Hospitalizados," *Psicol. Iberoam.*, vol. 17, pp. 24–32, 2009.
32. A. Feder, E. J. Nestler, and D. S. Charney, "Psychobiology and molecular genetics of resilience," *Nat. Rev. Neurosci.*, vol. 10, no. 6, pp. 446–457, 2009, doi: 10.1038/nrn2649.
33. E. Becoña, "Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto," *Rev. Psicopatología y Psicol. Clínica*, vol. 11, no. 3, pp. 125–146, 2006, [Online]. Available: [http://aepcp.net/arc/01.2006\(3\).Becona.pdf](http://aepcp.net/arc/01.2006(3).Becona.pdf).
34. Luthar, S. S., Cicinatti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 534–562.

35. Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1–12.
36. Friendli, L. (2009). *Mental health and inequalities*. Copenhagen: World Health Organization. Recuperado desde: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf
37. The Scottish Government. (2008). *Equally well*. Report of the ministerial task force on health inequalities. Edinburgh: Author.
38. Medical Research Council. (2010). *Lifelong health and well-being*. Recuperado desde http://www.mrc.ac.uk/Ourresearch/ResearchInitiatives/LLHW/index.htm#P61_3876
39. Cal, S. F., & Santiago, M. B. (2013). Resilience in systemic lupus erythematosus. *Psychology, Health and Medicine*, 18, 558–563. doi:10.1080/13548506.2013.764457
40. DeNisco, S. (2011). Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 602–610.10.1111/jaan.2011.23.issue-11

41. Girtler, N., Casari, E. F., Brugnolo, A., Cutolo, M., Dessì, B., Guasco, S., ... De Carli, F. (2010). Italian validation of the Wagnild and Young Resilience Scale: A perspective to rheumatic diseases. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 28, 669–678.
42. Mota, D. C., Benevides-Pereira, A. M., Gomes, M. L., & Araújo, S. M. (2006). Estresse e resiliência em doença de Chagas [Stress and resilience in chagas disease]. *Aletheia*, 24, 57–68.
43. Zautra, A. J., Johnson, L. M., & Davis, M. C. (2005). Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 212–220.10.1037/0022-006X.73.2.212
44. Aspinwall, L. G., & Tedeschi, R. G. (2010). The value of positive psychology for health psychology: Progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 4–15.10.1007/s12160-009-9153-0
45. Schiavone, S., Jaquet, V., Trabace, L., & Krause, K. H. (2013). Severe life stress and oxidative stress in the brain: From animal models to human pathology. *Antioxidants & Redox Signaling*, 18, 1475–1490.10.1089/ars.2012.4720

46. Vuitton, D. A., de Wazières, B., & Dupond, J. L. (1999). Psychoimmunology: A questionable model? *La Revue de Médecine Interne*, 20, 934–946.10.1016/S0248-8663(00)80101-0
47. Baiardini I, Braido F, Brandi S, Canonica GW. Allergic diseases and their impact on quality of life. *Annals Allergy Asthma Immunol* 2006;97(4):419-29.
48. Braido F, Baiardini I, Scichilone N, Musarra A, Menoni S, Ridolo E, et al. Illness perception, mood and coping strategies in allergic rhinitis: are there differences among ARIA classes of severity? *Rhinology* 2013;0(0).
49. Almehezia AA, AlEssa RK, Alwusaidi KM, Alzamil KA, AlJumah M, Aljohani S, et al. Allergic rhinitis: Disease characteristics and coping measures in Saudi Arabia. *PLoS ONE* 2019;14(6):e0217182.
50. Dave ND, Xiang L, Rehm KE, Marshall Jr GD. Stress and Allergic Diseases. *Immunol Allergy Clinics* 2011;31(1):P55-68.
51. Latalski M, Makara-Studzinska M, Gajewska M, Rudnicka-Drozak E. Styles of coping with stress among patients with allergic diseases. *Annales Universitatis Mariae Curie-Sklodowska. Sectio D: Medicina* 2001, 57(2):86-91


52. Marini E, Albarini M, Bernardo L, Magrin ME. The food allergies' challenge: the role of the resources of parental resilience. Eur Health Psychologist 2015;17(Supp):

53. Ponarovsky B, Amital D, Lazarov A, Kotler M, Amital H. Anxiety and depression in patients with allergic and non-allergic cutaneous disorders. Int J Dermatol 2011

CAPÍTULO X.


ANEXOS

Anexo 1. Aprobación del Comité de Ética en Investigación



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

DR. med. GABRIELA GALINDO RODRÍGUEZ.
Investigador Principal
Servicio de Alergias e Inmunología Clínica
Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"
Presente -

Estimada Dra. Galindo

En respuesta a su solicitud con número de ingreso **PI20-00255** con fecha del **18 de agosto del 2020**, recibida en las oficinas de la Secretaría de Investigación Clínica de la Subdirección de Investigación, se extiende la siguiente notificación con fundamento en el artículo 41 BIS de la Ley General de Salud; los artículos 14 inciso VII, 99 inciso II, 102, 111 y 112 del Decreto que modifica a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud publicado el día 2 de abril del 2014; además de lo establecido en los puntos 4.4, 6.2, 6.3.2.8, 8 y 9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos; así como por el Reglamento interno de Investigación de nuestra Institución.

Se le informa que el Comité a mi cargo ha determinado que su proyecto de investigación clínica abajo mencionado cumple con la calidad técnica y el mérito científico para garantizar la correcta conducción que la sociedad mexicana demanda, por lo cual ha sido **APROBADO**.

Titulado "Resiliencia en pacientes con asma, rinitis y eccema"

De igual forma los siguientes documentos:

- Protocolo de investigación, versión 1.2 de fecha 21 septiembre 2020.

Por lo tanto usted ha sido **autorizado** para realizar dicho estudio en el **Servicio de Alergias e Inmunología Clínica** del Hospital Universitario como Investigador Responsable. Su proyecto aprobado ha sido registrado con la clave **AL20-00013**. La vigencia de aprobación de este proyecto es al día **09 de Noviembre del 2021**.

Participando además la Dra. Argentina Rodríguez Casas como **Tesista**, la Dr. med. Sandra Nora González Díaz, Dra. Rosa Ivett Guzmán Avilán, Dra. Bárbara Elizondo Villarreal, Dra. Ligia Libeth Carrasco Díaz, Est. Andrés Noyola Pérez y Srita Sandra Araceli Campos Ortiz como Co-Investigadores.

Toda vez que el protocolo original, así como la carta de consentimiento informado o cualquier documento involucrado en el proyecto sufran modificaciones, éstas deberán someterse para su re-aprobación.

Será nuestra obligación realizar visitas de seguimiento a su sitio de investigación para que todo lo anterior se encuentre debidamente consignado. En caso de no apegarse, este Comité tiene la autoridad de suspender temporal o definitivamente la investigación en curso, todo esto con la finalidad de resguardar la calidad de los datos generados durante la conducción del proyecto.

Comité de Investigación
Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzáles s/n, Col. Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, N.L., México
Teléfonos: 818329 4050, Ext. 2870 a 2874. Correo Electrónico: investigacionclinica@meduanel.com



September 16, 2021



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

El proyecto aprobado será revisado:

1. Al menos una vez al año, en base a su naturaleza de investigación.
2. Cuando cualquier enmienda pudiera o claramente afecte calidad técnica, el mérito científico y/o en la conducción del estudio.
3. Cualquier evento o nueva información que pueda afectar la proporción de beneficio/riesgo del estudio.
4. Así mismo llevaremos a cabo auditorías por parte de la Coordinación de Control de Calidad en Investigación aleatoriamente o cuando el Comité lo solicite.
5. Toda revisión será sujeta a los lineamientos de las Buenas Prácticas Clínicas en Investigación, la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, la NOM-012-SSA3-2012, el Reglamento Interno de Investigación de nuestra Institución, así como las demás regulaciones aplicables.

Atentamente,

"Alere Fiammam Veritatis"

Monterrey, Nuevo León 09 de Noviembre del 2020



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

DR. C. GUILLERMO ELIZONDO RIOJAS
Presidente del Comité de Investigación


Comité de Investigación


Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzáles s/n, Col. Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, N.L. México
Teléfonos: 81 8329 4050, Ext. 2870 a 2874. Correo Electrónico: investigacionetica@meduanel.com



September 18, 2011

Anexo 2. Aprobación del Comité de Investigación

 **UANL**
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

 FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

DR. med. GABRIELA GALINDO RODRÍGUEZ.
Investigador Principal
Servicio de Alergias e Inmunología Clínica
Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"
Presente -

Estimada Dra. Galindo

En respuesta a su solicitud con número de ingreso **P120-00255** con fecha del **18 de agosto del 2020**, recibida en las oficinas de la Secretaría de Investigación Clínica de la Subdirección de Investigación, se extiende la siguiente notificación con fundamento en el artículo 41 BIS de la Ley General de Salud; los artículos 14 inciso VII, 99 inciso I, 102, 109 y 112 del Decreto que modifica a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud publicado el día 2 de abril del 2014; además de lo establecido en los puntos 4.4, 6.2, 6.3.2.8, 8 y 9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos; así como por el Reglamento interno de Investigación de nuestra Institución.

Se le informa que el Comité a mi cargo ha determinado que su proyecto de investigación clínica abajo mencionado cumple con los aspectos éticos necesarios para garantizar el bienestar y los derechos de los sujetos de investigación que la sociedad mexicana demanda, por lo cual ha sido **APROBADO**.

Titulado "Resiliencia en pacientes con asma, rinitis y eccema"

De igual forma los siguientes documentos:

- Protocolo de investigación, versión 1.2 de fecha 21 septiembre 2020.
- Liga para encuesta electrónica, versión 1.0 de fecha 12 agosto 2020.

Por lo tanto usted ha sido **autorizado** para realizar dicho estudio en el **Servicio de Alergias e Inmunología Clínica** del Hospital Universitario como Investigador Responsable. Su proyecto aprobado ha sido registrado con la clave **AL20-00013**. La vigencia de aprobación de este proyecto es al día **09 de Noviembre del 2021**.


Participando además la Dra. Argentina Rodríguez Casas como **Tesista**, la Dr. med. Sandra Nora González Díaz, Dra. Rosa Ivett Guzmán Avilán, Dra. Bárbara Elizondo Villarreal, Dra. Ligia Libeth Carrasco Díaz, Est. Andrés Noyola Pérez y Srita Sandra Araceli Campos Ortiz como Co-Investigadores

Toda vez que el protocolo original, así como la carta de consentimiento informado o cualquier documento involucrado en el proyecto sufran modificaciones, éstas deberán someterse para su re-aprobación.

Será nuestra obligación realizar visitas de seguimiento a su sitio de investigación para que todo lo anterior se encuentre debidamente consignado. En caso de no apegarse, este Comité tiene la autoridad de suspender temporal o definitivamente la investigación en curso, todo esto con la finalidad de resguardar el bienestar y seguridad de los sujetos en investigación.

El proyecto aprobado será revisado:

Comité de Ética en Investigación
Av. Francisco I. Madero y Av. González Robles, Col. Mitras Centro, C.P. 64480, Monterrey, N.L., México.
Teléfonos: 818329-4060, Ext. 2870 a 2874, Correo Electrónico: investigacionclinica@reduanel.com

 **Full Accreditation**
Diciembre 10, 2017



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

1. Al menos una vez al año, en base a su naturaleza de investigación.
2. Cuando cualquier enmienda pudiera o claramente afecte bienestar y los derechos de los sujetos de investigación o en la conducción del estudio.
3. Cualquier evento o nueva información que pueda afectar la proporción de beneficio/riesgo del estudio.
4. Así mismo llevaremos a cabo auditorías por parte de la Coordinación de Control de Calidad en Investigación aleatoriamente o cuando el Comité lo solicite.
5. Toda revisión será sujeta a los lineamientos de las Buenas Prácticas Clínicas en Investigación, la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, la NOM-012-SSA3-2012, el Reglamento Interno de Investigación de nuestra Institución, así como las demás regulaciones aplicables.

Atentamente,

"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey, Nuevo León a 09 de Noviembre del 2020



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

DR. med. JOSÉ GERARDO GARZA LEAL
Presidente del Comité de Ética en Investigación

Comité de Ética en Investigación

Av. Francisco I. Madero y Av. González y G. s/n, Col. Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, N.L., México
Teléfonos: 81 8329 4550, Ext. 2870 a 2874, Correo Electrónico: investigacionclinica@meduanel.com



September 05, 2017

Anexo 3. Encuesta aplicada a los pacientes.

Información del participante



Nombre completo *

Tu respuesta

Fecha de nacimiento *

Fecha

dd/mm/aaaa: 

Edad *

Tu respuesta

Sexo *

☐ Masculino

☐ Femenino

Ciudad de origen *

Tu respuesta

Nacionalidad *

☐ Mexicana

☐ Otro: _____

Lugar de residencia *

Tu respuesta

¿Qué enfermedad alérgica tiene diagnosticada? *

☐ Asma

☐ Rinitis alérgica

☐ Dermatitis atópica

☐ Ninguna

Tiempo de evolución de la enfermedad alérgica: *

- ☐ 1 año
- ☐ 2 años
- ☐ 3 años
- ☐ 4 años
- ☐ 5 o más años
- ☐ No aplica

Padece alguna otra enfermedad crónica como: hipertensión arterial, diabetes mellitus o cáncer. *

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Otro: _____

Connor-Davidson Escala de Adaptación -25^{CA} (CD-RISC-25^{CA}) ©

Por favor indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases en su caso durante el **mes** último. Si una situación particular no le ha ocurrido recientemente, responda de acuerdo a cómo cree que se habría sentido. Marque con una "X" la opción que mejor describa cómo se siente.

	Nunca (0)	Rara vez (1)	A veces (2)	A menudo (3)	Casi siempre (4)
1. Soy capaz de adaptarme cuando ocurren cambios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy estresado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte o Dios pueden ayudarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puedo enfrentarme a cualquier cosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme con nuevos retos y dificultades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento con problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tengo tendencia a recuperarme pronto tras enfermedades, heridas u otras dificultades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bueno o malo, creo que la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. No me doy por vencido a pesar de que las cosas parezcan no tener solución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Durante los momentos de estrés/ crisis, se dónde puedo buscar ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bajo presión, me enfoco y pienso claramente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Prefiero intentar solucionar los problemas por mí mismo(a), a dejar que otros tomen todas las decisiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. No me desanimo fácilmente con el fracaso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y dificultades de la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Puedo tomar decisiones no populares o difíciles que afectan a otras personas, si es necesario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables y dolorosos como la tristeza, el temor y el enfado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Al enfrentarse a los problemas de la vida, a veces uno tiene que actuar por un presentimiento sin saber por qué.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tengo muy claro lo que quiero en la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Siento que controlo mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me gustan los retos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Trabajo para conseguir mis objetivos sin importarme las dificultades que encuentro en el camino.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Estoy orgulloso(a) de mis logros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico o mecánico, de fotocopia, o por cualquier sistema de almacenamiento de información o de recuperación, sin permiso por escrito del Dr. Davidson en mail@cd-risc.com. Más información sobre la escala y condiciones de uso se puede encontrar en www.cd-risc.com. Copyright © 2001, 2013, 2016 por Kathryn M. Connor, M.D., y Jonathan RT Davidson, M.D. Traducción: J Bobes, MT Bascarán, MP Gargia - Portilla, M Bousoño, PA Saiz, DH Wallace, RB Hidalgo, R Parra-Cardona, J Clark 2001, 2008, 2015.

Anexo 4. Consentimiento informado escrito



UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO RESUMIDO

Título del Estudio: "Resiliencia en pacientes con asma, rinitis y eccema."

Nombre del Investigador Principal: Dra. Med. Gabriela Galindo Rodríguez

Servicio / Departamento: Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica,
Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"
Francisco I Madero Pte. y Av. Gonzalitos s/n,
Colonia Mitras Centro, Código postal 64460.

Teléfono de Contacto: 8115997780

Persona de Contacto: Dra. Argentina Rodríguez Casas

Versión de Documento: 1.0

Fecha de Documento: 22 de octubre de 2020

Usted ha sido invitado(a) a participar en un estudio de investigación. Este documento contiene información importante acerca del propósito del estudio, lo que usted hará si decide permitir participar, y la forma en que nos gustaría utilizar su información.

Puede contener palabras que no entienda. Por favor solicite al investigador le explique cualquier palabra o información que no le quede clara, comunicándose al teléfono de contacto.

El propósito principal de este estudio al que se le está invitando a participar es el de poder evaluar la capacidad de afrontamiento y de adaptación que usted desarrolla ante situaciones que le generan tensión o estrés como puede ser el padecer enfermedades alérgicas.

Las enfermedades de alergia, como el asma; rinitis alérgica que es un tipo de alergia que provoca estornudos, secreción nasal, comezón y obstrucción en la nariz o eccema también llamado dermatitis atópica donde se caracteriza por comezón y sarpullido que, normalmente, aparece en los brazos y detrás de las rodillas, pero también puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, pueden generar estrés. La investigación en la que usted participaría es importante porque de esta manera conoceríamos mejor cual es la forma de afrontamiento ante el estrés o su capacidad de hacer frente a las adversidades, superarlas y salir de ellas fortalecido. Esto nos ayudaría a establecer planes para manejar estos problemas que ocasionan estrés y ayudar a controlar más su enfermedad.

Su participación en este estudio es voluntaria y será en una sola ocasión por medio de esta encuesta, que le tomará alrededor de 10 minutos en contestar. Usted puede dejar de contestarla en cualquier momento. Su participación no tiene ningún costo.

No se le aplicará ningún tratamiento ni se le hará ningún procedimiento clínico. Solo se le pedirá que lea este formato de consentimiento para participar, y si usted lo decide le pediremos que continúe este formulario compuesto por 2 secciones.

Al inicio le pediremos su correo electrónico o teléfono únicamente para evitar que se repitan participantes. Antes de nuestro análisis borraremos esa información de nuestra base de datos, a la que sólo los investigadores tenemos acceso.

En la primera parte, le preguntaremos su edad, género, ciudad de origen, nacionalidad y lugar de residencia. Además, preguntaremos que enfermedad alérgica tiene diagnosticada y el tiempo de evolución.

En la segunda parte, le pediremos responder 25 preguntas de la escala de resiliencia, acerca de la capacidad de afrontamiento y adaptación que desarrolla ante situaciones de estrés.

Con su participación usted contribuirá a entender el grado de afrontamiento y adaptación de un individuo con enfermedad alérgica.

Usted tiene el derecho de controlar el uso de sus datos personales de acuerdo con la Ley Federal de Protección de datos Personales en Posición de Particulares. La Facultad de Medicina y Hospital Universitario, así como el Investigador serán los responsables de salvaguardar la información de acuerdo con las regulaciones locales. Los resultados de este estudio de investigación podrán presentarse en reuniones o en publicaciones.

La información recabada durante este estudio será recopilada en bases de datos del investigador, los cuales podrán ser usados en otros estudios en el futuro. Estos datos no incluirán información personal, confidencial. Se mantendrá el anonimato de usted. Sus respuestas al formulario serán manejadas con un folio sin que aparezcan datos personales o confidenciales.

En caso de tener alguna pregunta relacionada a los derechos como sujeto de investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario podrá contactar al Dr. José Gerardo Garza Leal, Presidente del Comité de Ética en Investigación de nuestra Institución o al Lic. Antonio Zapata de la Riva en caso de tener dudas en relación a sus derechos como paciente.

Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n

Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León México.

CP 64460

Teléfonos: (81) 83294050 ext. 2870 a 2874

Correo electrónico: investigacionclinica@meduanl.com

Este texto representa el formato de consentimiento informado a participar en el estudio, si Usted decide presionar la casilla de "Siguiendo" se tomará como su aceptación de participar en el estudio.

CAPÍTULO XI.
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Argentina Rodríguez Casas

Candidata para el Grado de Sub-especialidad en Alergia e Inmunología Clínica

Tesis: “RESILIENCIA EN PACIENTES CON ASMA, RINITIS Y ECCEMA”

Campo de Estudio: Ciencias de la salud

Datos personales: Nacida en H. Matamoros, Tamaulipas, México el 18 de diciembre de 1988.

Hija de Joaquín Rodríguez Mireles y Gricelda Casas Pizaña.

Educación: Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Médico Cirujano y Partero 2007 – 2013.

Especialidad en Pediatría, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Hospital Infantil de Tamaulipas 2016 – 2019.